

Pieczęć placówki



Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL / data urodzenia: ID Pacjenta:

Zgoda pacjenta na badanie przezpochwowe i/lub odbytnicze

Dlaczego wykonuje się badanie przez pochwowe i/lub odbytnicze

Badanie przez pochwowe i/lub odbytnicze pozwala na dokładną i profesjonalną diagnostykę mięśni dna miednicy, w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczno-treningowy dostosowany do indywidualnych potrzeb Pacjenta.

Na czym polega badanie przez pochwowe i/lub odbytnicze

- W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie przez pochwowe i/lub odbytnicze. Dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu powrotu do zdrowia i sprawności.
- W ramach badania, do pochwy/odbytu zostaje wprowadzony palec w celu oceny napięcia i funkcjonowania mięśni dna miednicy. Jeśli w trakcie porodu doszło do pęknięcia lub nacięcia krocza zostanie również oceniona blizna. W trakcie badania fizjoterapeuta wprowadza do pochwy i/lub odbytu palec osłonięty rękawiczką jednorazową, a dla komfortu badania użyta jest substancja ułatwiająca poślizg (żel do USG lub wazelina biała).
- Jeśli gabinet dysponuje odpowiednim aparatem, badanie może być przeprowadzone z wykorzystaniem dopochwowej/doodbytniczej sondy EMG, która pomoże zwizualizować pracę mięśni dna miednicy.

Przygotowanie do badania

- W ramach przygotowania do zabiegu będzie wymagane rozebranie się od pasa w dół. Badanie zwykle przeprowadzane jest na kozetce fizjoterapeutycznej w pozycji leżenia na plecach (badanie przez pochwę), na boku lub na brzuchu (badanie przez odbyt). W razie potrzeby może być także wykonane w pozycji stojącej (dla sprawdzenia aktywacji mięśni tonicznych).

Zabiegi dokonywane drogą dopochwową/przezodbytniczą

- Badanie i ocena funkcjonalna mięśni dna miednicy;
- Mobilizacja struktur mięśniowo – powięziowych;
- Mobilizacja układu nerwowego (nerwu sromowego);
- Mobilizacje wisceralne;
- Mobilizacje blizn po zabiegach chirurgicznych, epizjotomii;
- Detonizacja i aktywacja poszczególnych grup mięśniowych.

Możliwe powikłania terapii przez pochwę/odbyt

- Bolesność, tkliwość okolicy badanej;
- Dolegliwości bólowe okolicy podbrzusza;
- Podrażnienie śluzówki pochwy;
- Przejściowo zwiększona ilość wydzieliny.

Informacje o alternatywnych metodach diagnostycznych / leczniczych

Badanie i terapia przezpochwowa/przezodbytnicza jest rozszerzeniem podstawowej diagnostyki i terapii funkcjonalnej stosowanym w przypadku wskazań do tego typu pracy.

Kwestionariusz (zaznacz właściwe odpowiedzi):

Względne przeciwwskazania

- | | |
|---|-----------|
| 1. Infekcja HIV | Tak / Nie |
| 2. Infekcje pochwy np. grzybicze, bakteryjne | Tak / Nie |
| 3. Nowotwór | Tak / Nie |
| 4. Menstruacja / krwawienie | Tak / Nie |
| 5. Cięża | Tak / Nie |
| 7. Antykoncepcyjna wkładka wewnątrzmaciczna (spirala) | Tak / Nie |
| 8. Bezpośrednio po porodzie/operacji | Tak / Nie |
| 9. Zaburzenia psychiczne | Tak / Nie |
| 10. Alergia na lateks | Tak / Nie |

Imię i nazwisko Pacjenta: PESEL / data urodzenia:

Oświadczenie pacjenta

Poniższym podpisem oświadczam, że:

- zostałam wyczerpująco i zrozumiale poinformowana o stanie mojego zdrowia i rozpoznaniu;
- zobowiązuję się powiadomić fizjoterapeutę o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia;
- zapoznałam się z opisem proponowanego badania, jego celem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w jego wyniku;
- uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania i w pełni zrozumiałam przedstawione mi informacje;
- zgadzam się na ewentualne przeprowadzenie u mnie badania aparaturowego;
- aparatura oraz jej zastosowanie zostało mi wyjaśnione oraz pokazane;
- zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach, o ryzyku towarzyszącym innym metodom badania i konsekwencjach wynikających z zaniechania badania,
- W okresie wykonywania badania korzystam/nie korzystam z innych świadczeń z zakresu fizjoterapii (w przypadku korzystania proszę wymienić rodzaj świadczeń):

Zakreśl właściwą odpowiedź przy odpowiednim badaniu:

Wyrażam zgodę na badanie przez pochwowe

Tak / Nie

Wyrażam zgodę na badanie przez odbytnicze

Tak / Nie

.....
Data i czytelny podpis - imię i nazwisko Pacjenta
/przedstawiciela ustawowego lub opiekuna
prawnego

.....
W przypadku pacjenta niepełnoletniego między
16-18 r. ż. dodatkowo czytelny podpis - imię i nazwisko
opiekuna prawnego/ ustawowego Pacjenta

Oświadczenie fizjoterapeuty

Oświadczam, że poinformowałam/em Pacjenta o planowanym badaniu, przedstawiłam/em informacje dotyczące badania, opisałam/em cel wykonania oraz sposób w jaki jest wykonywany a także sposób przygotowania. Przedstawiłam/em także przeciwwskazania, możliwe powikłania oraz ryzyka wynikające z badania a także przedstawiłam/em alternatywne możliwości. Umożliwiłam/em Pacjentce zadawanie pytań i udzieliłam/em wszelkich potrzebnych informacji.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis fizjoterapeuty)

Administratorem danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) ul. Szturmowa 2 (dalej jako: „Spółka”). Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Dostęp do danych posiadac będą podmioty wspierające Spółkę w przeprowadzeniu jej codziennej działalności, pracujące w imieniu i na jej rachunek, w tym dostawcy zaopatrujący Spółkę w niezbędne rozwiązania techniczne i organizacyjne (m.in. systemy informatyczne, doradztwo prawne). W razie pytań lub potrzeby dodatkowych informacji prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych pod adresem: daneosobowe@luxmed.pl. Informacja o przysługujących prawach oraz pouczenie o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego znajduje się na stronie internetowej: www.luxmed.pl oraz w każdej z placówek medycznych Spółki.